

書き損じがある場合は、訂正印を押印してください。

記入例

様式第1号（第5条関係）

佐久市1か月児健康診査県外受診補助金交付申請書兼請求書

日付空欄

日

（申請（請求）先）佐久市長

1か月児健康診査を受診しましたので、次のとおり申請（請求）します。

なお、本申請に当たり、私の住民基本台帳の記録状況を確認すること及び1か月児健康診査を受託する医療機関等と市が、必要な情報を共有することについて、同意します。

申請（請求）者	ふりがな			電話	
	氏名			()	
	現住所	〒			
1か月健診 受診状況	受診者		生年月日	年	月 日
	医療機関名・所在地				受診日
	(名称) (所在地)				年 月 日
補助金の上限額 (A)		支払額 (B)		請求額	
6,040 円				(A) 又は (B) のいずれか少ない額	
		未記入			円
補助金の振込先	金融機関		支店 支所	金融機関 コード	
				店番号	
	ふりがな				
	口座名義				

添付書類

ア 医療機関で受診した健診料の領収書及び明細書の写し

※請求者と口座名義人は同じ方をお願いします。
異なる場合は、別途委任状が必要です。

エ その他市長が必要と認める書類

項目全ての検査